



Solicitud de Home Energy Plus

Para solicitar la asistencia energética en línea vaya a <https://energybenefit.wi.gov>

Solo para uso oficial – las áreas sombreadas deben ser completadas por la agencia		
Fecha de solicitud (mm/dd/aaaa):	Número del trabajador:	<input type="checkbox"/> Retirada
Tipo de difusión comunitaria: <input type="checkbox"/> Agencia local <input type="checkbox"/> Centro alternativo _____ <input type="checkbox"/> Visita domiciliaria <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Teléfono		
Verificación de identificación: <input type="checkbox"/> Licencia de conductor <input type="checkbox"/> Tarjeta de ID emitido por el gobierno <input type="checkbox"/> Tarjeta de ID del empleador <input type="checkbox"/> Tarjeta de ID de estudiante <input type="checkbox"/> Otro:		Identificación verificada por:
ATENCIÓN: Los nuevos solicitantes deben proporcionar una identificación con foto en persona. La agencia se pondrá en contacto con usted para esto y para pedirle los números del seguro social de todos los miembros del grupo familiar.		

Este formulario está autorizado por el Estatuto del Estado de Wisconsin 16.27(2)(a). Se necesita toda la información en la solicitud para determinar la elegibilidad para beneficios según el Programa de asistencia energética domiciliaria (Wisconsin Home Energy Assistance Program) y el Programa de asistencia para climatización (Wisconsin Weatherization Assistance Program). La obtención de su número del seguro social no está prohibida por la ley federal y se requiere para hacer seguimiento de los beneficios del solicitante otorgados por este programa. Al entregar información para la solicitud, está autorizando al Departamento de Administración de Wisconsin y sus agentes autorizados a verificar los datos proporcionados en bases de datos y registros federales, estatales, del condado, de proveedores de energía, empleadores y arrendadores. La información recopilada en este formulario podrá ser divulgada a los programas de energía que operan bajo la Autoridad de programa de beneficios públicos de Wisconsin (Wisconsin Public Benefit Program Authority) o la Aprobación de la comisión de servicios públicos de Wisconsin (Wisconsin Public Service Commission Approval) y podrá ser usada para fines de referencia, investigación, evaluación y análisis.

1. Territorio (condado o tribu) en que vive:	ID de la persona (Este número es proporcionado por el Programa):
2. Nombre:	Inicial intermedia: Apellido: (Tal como aparece en la tarjeta del seguro social)
3. Nombre de alias (si aplica):	Apellido de alias (si aplica):
4. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):	5. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
6. Número de teléfono principal: () <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Persona de contacto	
Número de teléfono secundario: () <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Persona de contacto	
7. Dirección de correo electrónico:	
8. Método preferido de comunicación con el grupo familiar: <input type="checkbox"/> Teléfono principal <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Mensaje de texto	
9. Tipo de vivienda en la que reside:	
<input type="checkbox"/> Casa unifamiliar solo para uso de la oficina: <input type="checkbox"/> Vivienda no elegible	
<input type="checkbox"/> Edificio de 2 a 4 unidades (incluidos condominios) - Número de unidades/apartamentos en su edificio: _____	
<input type="checkbox"/> Edificio de apartamentos o multi-unidades (incluidos condominios) - Número de unidades/apartamentos en su edificio: _____	
<input type="checkbox"/> Hogar móvil	
<input type="checkbox"/> Casa de huéspedes, motel, hotel, YMCA o YWCA	
<input type="checkbox"/> Otro (describa)	
10. Dirección postal (si es diferente a la dirección residencial):	
Dirección _____	
Ciudad _____	Estado _____ Código Zip _____
11. Dirección residencial (debe completarse):	
Dirección _____	
Ciudad _____	Estado _____ Código Zip _____

12. Es propietario o alquila su residencia: (Elija alquila si nadie que viva en el hogar es propietario de la vivienda)

ATENCIÓN: Elija PROPIA si es propietario de un hogar móvil y paga renta por un lote

Propia Alquila - Si alquila, se requiere la siguiente información del arrendador:

Compañía de administración o nombre comercial (si corresponde):

Punto de contacto o nombre del arrendador:

Dirección de correo electrónico del arrendador:

Número de teléfono del arrendador:

()

Dirección del arrendador:

Ciudad:

Estado:

Código Zip:

13. Identifique el número de habitaciones en su residencia:

El trabajador completa el número total de habitaciones: _____

_____ Salón

_____ Comedor

_____ Cocina

_____ Sala de estar

_____ Número de dormitorios

_____ Estudio/Oficina

Indique cualquier otro cuarto: _____

No cuente los baños, sótanos sin terminar, cuarto de lavado, entradas, pasillos, áticos sin calefacción y porches o armarios

14. Seleccione la respuesta que mejor describa su tipo de alojamiento a la fecha de esta solicitud:

- Vive en un hogar grupal, casa de reinserción, centro residencial basado en la comunidad (Community Based Residential Facility, CBRF) u hogar de crianza
- Vive en una residencia de ancianos
- Vive en una institución gubernamental o prisión o cárcel
- Están actualmente en una situación sin hogar pasando a una residencia permanente
- Ninguna de las anteriores

15. ¿Reside asistencia para el alquiler (Sección 8 u otra vivienda con asistencia del gobierno)? Sí No

16. ¿Hay un tutor o representante designado? Sí No Si contestó sí, complete la información del representante:

Autorización del representante Tutor legal Poder de representación (POA) Beneficiario protegido

Nombre del tutor/representante:

Número de teléfono del tutor: ()

Dirección del tutor/representante:

Ciudad:

Estado:

Código Zip:

O: Ingrese una persona a la que autoriza hablar de su situación pero que no está aparece como tutor o representante designado: Relación:

17. ¿Es usted (el/la solicitante) estudiante menor de 25 años y está inscrito al menos a medio tiempo en una institución de educación superior? Sí No

Si contesta que sí, marque cualquiera de las siguientes condiciones que cumple su situación:

- Actualmente trabajar veinte o más horas por semana y gana al menos el salario mínimo
- Responsable financiero de un niño menor de 18 años que vive con usted
- Física o mentalmente discapacitado (se requiere verificación de un programa del gobierno)
- Recibe beneficios de Compensación por desempleo (Unemployment Compensation, UC) como resultado de TAA / NAFTA (debe ser estudiante a tiempo completo)
- Recibe beneficios TANF o W-2
- El cónyuge vive con usted no es un estudiante
- Ninguna de las anteriores

18. Grupo étnico del solicitante (marque uno):

- India americana o nativo de Alaska Hispano No informado
- Asiático o isleño del Pacífico Blanco, no hispano
- Negro, no hispano Otro

19. ¿Hay alguien en el grupo familiar menor de 18 años y emparentado con un miembro adulto del grupo familiar? Sí No

20. Ingrese el número total de miembros del grupo familiar (incluido el solicitante mencionado en la página 1): _____

Identifique el idioma preferido del grupo familiar: _____

Si el idioma preferido del grupo familiar no es el inglés, **indique un miembro o representante del grupo familiar que hable inglés** que pueda responder las preguntas de la solicitud. (Completar este campo da autorización al programa para hablar de la solicitud con esta persona).

Nombre: _____ Número de teléfono: () _____

MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR:

<ul style="list-style-type: none"> • Enumere cada persona que vive en su dirección residencial al día de hoy • El trabajador se pondrá en contacto con usted para pedirle los números del seguro social de los solicitantes por primera vez y los miembros nuevos del grupo familiar • La línea 1 debe ser el solicitante identificado en la página 1 (la fecha de nacimiento y sexo deben coincidir con la información ingresada en la página 1) <p style="text-align: center;">Nombre</p>		<p style="text-align: center;">Las instrucciones en la parte inferior de la página están relacionadas con estos campos de abajo por el número indicado:</p>							<p style="text-align: center;">Iniciales del trabajador</p>
		<p style="text-align: center;">Fecha de nacimiento</p> <p style="text-align: center;">mm/dd/aaaa</p>	<p style="text-align: center;">Sexo¹:</p> <p style="text-align: center;">(M) Masculino, (F) Femenino</p>	<p style="text-align: center;">¿Es esta persona ciudadana de los Estados Unidos?</p>	<p style="text-align: center;">¿Es esta persona ciudadana de los Estados Unidos?</p>	<p style="text-align: center;">FoodShare²</p>	<p style="text-align: center;">Servicio militar³</p>	<p style="text-align: center;">¿Es este un niño con alojamiento compartido?⁴</p>	<p style="text-align: center;">Ciudadanía⁵ (Solo para uso de la oficina)</p>
		Ingrese "S" para Sí y "N" para No							
1.	El solicitante de la Página 1 debe aparecer aquí								
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									
11.									
12.									

¹ Indique el género con que más estrechamente se identifica la persona.

² Ingrese "S" en la casilla para FoodShare si esa persona recibió FoodShare el mes anterior a la fecha de esta solicitud.

³ Ingrese "S" en el recuadro para servicio militar, si esa persona sirve o ha servido en alguna rama del ejército de los Estados Unidos como Servicio activo, Reserva o Guardia nacional. (Ejército, Armada, Fuerzas Aéreas, Cuerpo de Marines, Guardia Costera)

⁴ Enumere todos los niños que viven en su grupo familiar y que están en un mínimo de 50% de colocación compartida. Se requiere una verificación de la colocación del niño (ejemplo: copia de la orden judicial) cuando un niño está viviendo en un tipo de alojamiento de colocación física compartida.

⁵ El trabajador de la oficina ingresará "C", "E", o "I" en la casilla para Ciudadanía, si esa persona es (C)iudadano, no ciudadano (E)legible, o no ciudadano (I)nelegible. El trabajador que completó esta casilla debería poner sus iniciales en la parte superior de la columna.

INGRESO:

¿Es su grupo familiar un grupo familiar con cero ingresos? Sí No

Atención: Un hogar de cero ingresos no tiene fuentes de ingreso, ya sea ganado o no ganado en el **mes anterior a la fecha de la solicitud**. Si su grupo familiar no ha tenido ingresos durante este periodo de tiempo, podría ser necesario certificar ante notario su firma en la página de certificación.

Tipos de ingreso: Si alguien en el hogar está pagando manutención de menores por orden judicial (CS paid) incluya ese monto en el ingreso abajo. Los trabajos por dinero en efectivo deben informarse como Ingreso autogenerado.

(A) Recibió pensión conyugal	(GF) Regalos/donaciones	(SSDI) Seguro por discapacidad de la seguridad social
(CS RECD) Recibió manutención de menores	(GV) Alivio del gobierno o por desastre	(SSI) Seguro de ingreso suplementario
(CS Paid) Pagó manutención de menores	(LC) Pago por contrato de terreno ²	(T) TANF/W2
(CTS) Suplemento por cuidador del SSI	(O) Otro	(TR) Tribal per cápita ¹
(DL) Discapacidad a largo plazo	(P) Pensiones, anualidades y cuentas de retiro individual (IRA) ¹	(UC) Compensación por desempleo ³
(DS) Discapacidad a corto plazo	(R) Ingreso por alquiler ¹	(V) Beneficios para veteranos
(D) Dividendos/Interés ¹	(SE) Ingreso autogenerado ¹	(W) Sueldos y propinas ³
(G) Apuestas/Lotería/Bingo	(SP) Empobrecimiento del cónyuge	(WK) Compensación de trabajadores
(GR) Alivio general	(SS) Seguro social	

Instrucciones: Incluya **todos** los ingresos brutos del grupo familiar en la tabla de abajo. Ingrese el código de ingreso de arriba en la columna de tipo de ingreso y de dónde viene ese ingreso en la columna de fuente de ingreso. **OBLIGATORIO:** Se exige un comprobante de ingreso **bruto** para cada ingreso enumerado a continuación.

Nombre del miembro del grupo familiar	Tipo de ingreso	Fuente de ingreso ⁴	Mes anterior	Ítem de verificación	Iniciales del trabajador
<i>Ejemplo: John Doe</i>	<i>W</i>	<i>ABC Corporation</i>	<i>\$1,278.25</i>	<i>No completar</i>	
Ingreso mensual total del grupo familiar					

¹ Este ingreso se basa en el promedio de los últimos 12 meses de ingreso. Se requiere una copia de la declaración de impuestos federal más reciente para completar esta solicitud.

² Solo se cuenta el ingreso por intereses recibido. Deberá entregarse una copia del calendario de amortización o del formulario 1099 para fines tributarios para completar esta solicitud.

³ Si el miembro del grupo familiar es un trabajador estacional (una persona cuya principal fuente de ingresos se gana en menos de 12 meses de un año calendario), debe indicarse el ingreso anual para los sueldos y la compensación por desempleo recibida en el anterior año fiscal. Deberán entregarse copias del formulario W2 y 1099 para completar esta solicitud.

⁴ Ejemplos de fuentes: sueldos – incluya el nombre del empleador como por ejemplo ABC Corporation, si es autoempleado incluya el tipo de negocio o el nombre de la empresa, si recibe una pensión incluya el beneficiario de la pensión, y para intereses y dividendos incluya el beneficiario de este ingreso.

USO DE ENERGÍA: Complete cada sección del uso de energía - continua en la siguiente página

Fuente de calor principal: Seleccione una:

- Calor eléctrico Fuelóleo Gas natural Propano Madera u otra

Seleccione cómo se paga la cuenta de combustible (marque solo una):

- Paga directamente la cuenta enviada por el proveedor de energía (debe completar la información de la cuenta)
 El pago de la renta incluye la energía en el pago del renta mensual (no es vivienda asistida del gobierno)
 Se hace un pago separado al arrendador, propietario del parque de viviendas móviles o no tiene cuenta directa con un proveedor
 No paga: la energía se incluye en la renta mensual si reside en una vivienda asistida del gobierno o inquilinos que no pagan renta ni costos de calefacción/electricidad debido a algún acuerdo de pago en especie

Nombre en la cuenta: _____

¿Esta cuenta está a nombre de un miembro del grupo familiar? Sí No

Si contestó que no, la cuenta está a nombre de: Un cónyuge fallecido Un beneficiario protector Otro

Si es otro, identifique la relación con el titular de la cuenta:

¿El medidor se comparte con otra unidad de vivienda? Sí No

¿Hay algún uso comercial o recreativo en esta cuenta (incluyendo agrícola, otro autoempleo, piscina o jacuzzi)? Sí No

Nombre del proveedor:

Número del proveedor (uso interno):

Número de cuenta:

Costos de combustible anuales:

Electricidad (no calefacción): Si su fuente principal de calefacción (más arriba) es eléctrica, no complete esta sección.

Seleccione cómo se paga la cuenta de combustible (marque solo una):

- Paga directamente la cuenta enviada por el proveedor de energía (debe completar la información de la cuenta)
 El pago de la renta incluye la energía en el pago del renta mensual (no es vivienda asistida del gobierno)
 Se hace un pago separado al arrendador, propietario del parque de viviendas móviles o no tiene cuenta directa con un proveedor
 No paga: la energía se incluye en la renta mensual si reside en una vivienda asistida del gobierno o inquilinos que no pagan renta ni costos de calefacción/electricidad debido a algún acuerdo de pago en especie

Nombre en la cuenta: _____

¿Esta cuenta está a nombre de un miembro del grupo familiar? Sí No

Si contestó que no, la cuenta está a nombre de: Un cónyuge fallecido Un beneficiario protector Otro

Si es otro, identifique la relación con el titular de la cuenta:

Nombre en la cuenta:

¿El medidor se comparte con otra unidad de vivienda? Sí No

¿Hay algún uso comercial o recreativo en esta cuenta (incluyendo agrícola, otro autoempleo, piscina o jacuzzi)? Sí No

Nombre del proveedor*:

Número del proveedor (uso interno):

Número de cuenta:

Costos de combustible anuales:

*Debe ingresarse un proveedor mostrando quién suministra electricidad a esta vivienda, incluso si la electricidad está incluida en la renta o si se hace un pago separado al arrendador.

Información adicional de la cuenta de electricidad - responda las siguientes preguntas sobre la situación energética del hogar.

Estas respuestas no afectarán el monto de su beneficio pero deben responderse

Fuente de calor principal:

Si su fuente principal de calefacción es a gas natural o eléctrico, ¿ha recibido un aviso de saldo pendiente o de desconexión en los últimos 90 días?

Sí No No aplica

Si su fuente principal de calefacción usa propano o fuelóleo, ¿tiene actualmente su tanque el 20% o menos de combustible restante?

Sí No No aplica

Agua caliente: Identifique el tipo de combustible que calienta el agua en su hogar:

Electricidad Fuelóleo Gas natural Propano Madera u otra Ninguna

Fuente de calefacción suplementaria (¿Usa fuentes de calefacción adicional como chimenea, quemador de madera, calentador de ambientes u otro tipo de calefacción alternativa aparte de la fuente principal?)

Identifique, si corresponde, qué calefacción suplementaria se usa en su hogar (seleccione solo una):

Calor eléctrico Madera u otra _____ (Especifique otra) Ninguna

Aire acondicionado:

Identifique el método usado para enfriar su hogar (seleccione solo uno): Aire acondicionado central

Unidad A/C de pared/ventana Ninguna

POR FAVOR FIRME LA PÁGINA 7

Se requiere un comprobante de ingreso para completar la solicitud

Notas del caso

Página de certificación

ID de la persona: n.º de solicitud:

Lea todos los puntos de esta página antes de firmar la solicitud.
Si no entiende algún punto, pida ayuda al trabajador.

1. Entiendo que soy responsable de proporcionar toda la información requerida en un plazo de 30 días desde la fecha de esta solicitud o la solicitud será anulada y denegada. Puedo volver a pedir los beneficios, pero será necesario que presente una nueva solicitud.
2. Entiendo que soy responsable de reportar los nombres de las personas que viven en mi dirección y el número del seguro social y los ingresos de todas las personas en mi grupo familiar. La obtención del número del seguro social no está prohibida por la ley federal y es una información necesaria para verificar los beneficios otorgados al solicitante por este programa. El no proporcionar esta información resultará en un retraso en el procesamiento de mi solicitud y en la incapacidad para determinar los montos de beneficios.
3. Entiendo que soy responsable de usar los pagos que reciba para pagar los costos de calefacción/electricidad para la residencia indicada en mi solicitud o para pagar los costos de calefacción/electricidad para una futura residencia permanente a la que me mude en Wisconsin.
4. Entiendo que tengo derecho a solicitar los beneficios de Asistencia energética y recibir un pago o una carta explicativa en un plazo de 45 días desde la fecha en que se complete el proceso de solicitud. Entiendo que el pago o la carta explicativa pueden retrasarse dependiendo de cuándo comience el año del programa y/o cuándo se procesen los pagos.
5. Entiendo que tengo derecho a pedir una audiencia imparcial si creo que mi solicitud de Asistencia energética no se ha procesado oportunamente, se ha denegado incorrectamente o mi pago es incorrecto. También puedo solicitar una audiencia imparcial si no he recibido ningún pago ni explicación. Puedo pedir una audiencia imparcial comunicándome con la oficina local que procesó mi solicitud porque lo solicité directamente a su oficina o presenté una solicitud en línea.
6. Entiendo que tengo derecho a presentar una queja si creo que he sido discriminado de manera ilegal. Puedo presentar una queja comunicándome con la persona autorizada en mi condado o tribu.
7. Entiendo que al proporcionar la información en la solicitud, estoy autorizando al Departamento de Administración de Wisconsin y sus agentes autorizados a verificar los datos proporcionados en bases de datos o registros federales, estatales, condales, de proveedores de energía, empleadores y arrendadores.
8. Entiendo que al proporcionar los números de cuenta para el proveedor(es) de energía de mi hogar, estoy autorizando al proveedor(es) de energía a entregar información sobre la cuenta y el uso de energía al Departamento de Administración de Wisconsin para los fines de determinar la elegibilidad para esta o futuras solicitudes, determinación de beneficios y evaluación y análisis del programa antes y después de recibir servicios de climatización.
9. Entiendo que los derechos, requisitos y autorizaciones que certifique en esta solicitud también podrán aplicarse a múltiples temporadas de calefacción, crisis y solicitudes de calderas, cuando se emitan beneficios suplementarios y para actividades de difusión.
10. Entiendo que la información recopilada en este formulario puede ser divulgada a programas energéticos que operan bajo la Autoridad del Programa de Beneficios Públicos de Wisconsin (Wisconsin Public Benefit Program Authority) o la Aprobación de la Comisión de Servicio Público de Wisconsin (Wisconsin Public Service Commission Approval), u otros programas administrados por el Estado de Wisconsin, y se podrá usar para fines de derivación, investigación, evaluación y análisis.
11. Entiendo que si soy elegible para beneficios de asistencia energética, puedo ser derivado a otros programas de climatización y/o energía residencial. Autorizo a la agencia de climatización a proporcionar servicios de climatización a mi residencia. Si no soy el propietario de la residencia, autorizo a la agencia de climatización a comunicarse con el arrendador, y cooperaré con la agencia que preste los servicios de climatización.

Certifico que la información incluida en esta solicitud y toda información proporcionada en conexión con esta solicitud constituyen exposiciones verdaderas y completas de los hechos. Además certifico que he leído y entendido las afirmaciones anteriores. Entiendo que es posible que deba proporcionar una prueba de cualquier información en esta solicitud y que dar falsa información anulará esta solicitud, exigirá que devuelva los beneficios recibidos y posiblemente me exponga a enjuiciamiento penal. Al escribir mi nombre en el campo "Firma del solicitante", indico que soy la persona mencionada y que esta entrada es el equivalente legal de una firma manual/escrita a mano. Además entiendo que puedo imprimir el documento y firmar a mano.

Firma del solicitante

Fecha (mm/dd/aaaa)

SOLO PARA USO DE LA OFICINA

Firma del trabajador de la agencia

Fecha (mm/dd/aaaa)

Certifico que he verificado la información en esta solicitud de acuerdo con las políticas de Home Energy Plus y que a mi leal saber y entender esta información es precisa y completa. Además certifico que no tengo ninguna relación personal con la persona mencionada en esta solicitud de acuerdo con la política de conflicto de intereses de Home Energy Plus.

Esta solicitud puede entregarse en formatos alternativos para personas con discapacidades previa solicitud.

ATENCIÓN: Las solicitudes en papel deben enviarse por correo a la agencia local.

Si no se indica la dirección de la agencia local, puede obtener la dirección postal correcta para su agencia local de:

<http://homeenergyplus.wi.gov/>

Haga clic en la pestaña 'Where to Apply' (Dónde presentar la solicitud) y seleccione el condado o tribu donde vive.



Agencia: Adjunte una pegatina postal con la dirección de envío correcta para enviar la solicitud



¿YA FIRMÓ LA PÁGINA SIETE?

Por favor díganos cómo supo del programa de asistencia energética este año:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Folleto inserto en mi cuenta de servicios | <input type="checkbox"/> Anuncio en el bus |
| <input type="checkbox"/> Llamada telefónica de la agencia | <input type="checkbox"/> Correo electrónico de la agencia |
| <input type="checkbox"/> Aviso por correo de la agencia | <input type="checkbox"/> Sitio web (Identificar sitio) _____ |
| <input type="checkbox"/> Radio (Identificar emisora de radio) _____ | <input type="checkbox"/> Noticiero de TV (Identificar canal de TV) _____ |
| <input type="checkbox"/> Aviso en periodo local o publicidad por correo (Identificar periódico o publicidad por correo) _____ | |
| <input type="checkbox"/> Folleto de asistencia energética (Dónde obtuvo el folleto) _____ | |
| <input type="checkbox"/> Otro (Identificar la fuente) _____ | |

Para solicitar en línea Asistencia energética vaya a <https://energybenefit.wi.gov/>